FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

ALPHONSE DECAULNE

Né à Grand-Fougeray (Ille-et-Vilaine), le 20 Décembre 1897

PNEUMOTHORAX

ET

GROSSESSE

Président : M. LÉON BERNARD, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1926

BIUM LIBRARY

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

66791

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	LŒPER.	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	RATHERY. . . .	Clinique médicale.
		SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à eurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS ET BEAUX-PARENTS

A MA FEMME

A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A MON ONCLE

MONSIEUR PAUL BRUNEAU

INGÉNIEUR EN CHEF DE LA MARINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MA TANTE

MEIS AMICIS

A Monsieur le Professeur Léon BERNARD

Membre de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous faire le grand honneur de présider notre thèse.
Hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur FOLLET

Directeur de l'Ecole de médecine de Rennes
Officier de la Légion d'honneur

A Monsieur le Docteur PELLÉ

Chef de Clinique médicale a l'Ecole de médecine de Rennes

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE RENNES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Avant-Propos

Au cours de nos études à Rennes, nous nous sommes attachés à l'observation clinique des malades atteints de tuberculose pulmonaire. L'attrait particulier que nous avons ressenti pour ce sujet dont le champ d'étude est si vaste mais plein d'intérêt, puisque la Bretagne paie un lourd tribut à la tuberculose pulmonaire, nous a été inculqué par nos maîtres dans les hôpitaux. Nous nous rappelons avec une profonde gratitude les leçons cliniques de M. le Professeur Follet, qui nous apprit à connaître et à aimer la séméilogie pulmonaire.

Nous fûmes pendant une année son externe dans un service de tuberculeux, guidés par les conseils de M. le Docteur Pellé qui nous initia à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel.

Nous adressons à M. le Docteur Pellé, notre vive reconnaissance et nous sommes heureux des conseils qu'il a bien voulu nous donner pour rédiger ce travail. Les travaux autorisés de M. le Professeur Léon Bernard ont également largement contribué à mener à bien ce court aperçu sur l'étude du pneumothorax et de la grossesse:

Introduction

M. le Professeur Léon Bernard nous enseigne que, parmi les bienfaits incontestables que donne le pneumothorax artificiel, il en est un qui mérite une place prépondérante : c'est l'aptitude à la maternité.

Soit que le pneumothorax soit institué au cours de la grossesse, soit que des gestations surviennent chez des femmes antérieurement guéries grâce au pneumothorax, la grossesse fait l'épreuve de la guérison, et le bénéfice se traduit par la venue au monde d'enfants dont l'état ne le cède en rien à celui d'enfants nés en d'autres conditions.

La méthode du pneumothorax artificiel pratiqué chez une femme tuberculeuse soit avant, soit pendant ou après un accouchement a mérité que nous nous arrêtions à son étude puisque nous savons que :

1° La grossesse survenant chez une tuberculeuse pulmonaire constiue presque toujours une complication grave, très souvent mortelle;

2° Il n'est pas rare de voir la gestation ou l'état puerpéral déterminer l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire restée latente jusque là;

3° Les tuberculoses déclenchées dans ces conditions, ont généralement une allure grave.

Mais encore faut-il que les observations de cette nature se multiplient pour que nous puissions avoir une opinion définitive.

C'est pourquoi, il nous a paru intéressant d'apporter notre contribution à l'étude de ce grave problème.

CHAPITRE PREMIER

Historique

I

1° Influence fâcheuse de la grossesse sur la tuberculose pulmonaire;

2° Opinions de Rist-Siredey-Sergent;

3 Opinions de Maragliano sur l'avortement provoqué;

4° Un mot de l'hystérectomie totale avec ovariotomie;

5° M. Pinard donne le conseil de soigner la tuberculose.

II

1° Méthode de Forlanini;

2° Travaux de Potain qui enseignent l'importance du pneumothorax artificiel dans les formes graves, évolutives;

3° La gestation qui aggrave la marche de la tuberculose pulmonaire est une indication du pneumothorax.

I

Si les médecins et les accoucheurs s'entendent pour proclamer que le mariage doit être interdit à la jeune fille et la gravidité à la femme tuberculeuse, les faits cliniques bien observés sont encore trop rares pour savoir si le pneumothorax n'est pas un obstacle au cours normal d'une grossesse et à la mise au monde à terme d'un enfant vivant et bien portant.

Rist, dans un travail remarquable de précision sur « la tuberculose pulmonaire et gravidité » se croit autorisé à dire qu'en pratique, toute tuberculeuse qui devient gravide ou toute gestante chez laquelle se déclanche une tuberculose pulmonaire est menacée de mort à bref délai.

Cette opinion est partagée par la majorité des auteurs qui diffèrent seulement sur le moment où survient l'aggravation.

Pour Sergent et Siredey, pendant la gravidité proprement dite, la tuberculose est souvent bien tolérée, mais l'évolution s'accélère presque toujours, parfois d'une manière foudroyante, immédiatement après l'accouchement ou dans les semaines qui suivent.

Il existe une doctrine simpliste, à vrai dire, mais radicale et qui a trouvé des adhérents : c'est celle de Maragliano, selon laquelle chaque fois qu'il y a coïncidence de gravidité et de tuberculose pulmonaire, la gestation doit être interrompue.

Cette doctrine a été combattue avec force par M. Pinard et n'a pas été acceptée par beaucoup d'obstétriciens dans toute sa vigueur.

Il faudrait démontrer que l'interruption de la grossesse — nécessairement fatale à l'enfant — sauvera la mère; mais les statistique sont rares.

Selon Kaminer (1), 12 p. 100 des mères succombent malgré l'avortement provoqué.

Selon M. Bar, l'accouchement prématuré ou l'avortement provoqué sont suivis d'une évolution tuberculeuse dans 30 p. 100 des cas (2).

Quant à l'hystérectomie totale avec ovariotomie que l'on a proposé dans l'espoir de supprimer définitivement l'action nocive exercée par la vie génitale sur la tuberculose féminine, elle ne paraît pas justifiée, s'il est vrai, comme le font penser les recherches de M. Coulaud, que la castration soit au même titre que la menstruation, la gravidité et la puerpéralité, cause de fléchissement de l'allergie.

M. Pinard nous donne le conseil de soigner la tuberculose et de surveiller la grossesse et il semble aujourd'hui que dans une certaine catégorie de cas au moins, le principe de « soigner la tuberculose » ne soit pas une vaine formule.

Cette complication grave, que constitue la grossesse chez une tuberculeuse pulmonaire, existe-t-elle encore quand cette affection a été traitée par le pneumothorax ?

Nous pensons qu'il n'est pas sans intérêt de nous arrêter sur cette question d'une importance sociale capitale.

---

(1) KAMINER. — Ueber der Einfluss vou Schwangerschalt auf den phthitischen Prozess und den therap utischen Wert der Einleitung von Kunstlichen Aborten (Deutsche med. Woch 1901).

(2) P. BAR. — Tuberculose et grossesse (VII[e] Congrès de Tuberculose, 1912, p. 100.

II

Il existe une méthode, fondée à la fois sur la physiologie pathologique des affections ulcératives de cet organe élastique et constamment distendue qu'est le poumon et sur l'observation clinique des pneumothorax dits spontanés, méthode qui se propose non pas la guérison spécifique, mais plutôt la suppression des obstacles mécaniques à la guérison spontanée de la tuberculose pulmonaire unilatérale.

C'est la méthode du pneumothorax artificiel dite de Forlanini.

Tout en rendant un hommage mérité au phtisiologue italien, dont le nom restera légitimement attaché à cette thérapeutique, il n'est que juste de rappeler la part considérable qu'a eue Potain aux travaux préliminaires qui l'ont rendue possible.

Dès 1888, il présentait à l'Académie de médecine deux cas de tuberculose pulmonaire compliquée de pneumothorax spontané et dont la guérison avait été obtenue par l'entretien artificiel de la collection gazeuse (1).

Il faut remarquer que Potain apportait la preuve de la nature tuberculeuse de l'affection par la découverte des bacilles dans l'expectoration et qu'il avait contrôlé la guérison clinique par la disparition des bacilles.

« Le pneumothorax, disait Potain, est une maladie qu'il ne faut pas guérir. »

(1) Potain. — Des injections intrapleurales d'air stérilisé dans le traitement des épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax (*Bull. de l'Acad. de Méd.* 24 Avril 1888).

De là à dire qu'il fallait créer artificiellement le pneumothorax pour guérir les phtisies unilatérales, il n'y avait qu'un pas : il fut plus qu'à demi franchi par Potain.

La méthode s'applique plus particulièrement aux formes graves, rapidement évolutives de la tuberculose pulmonaire, pourvu qu'elle soit unilatérale.

Les condensations occupant tout un lobe ou davantage, les cavités, les pneumonies caséeuses même, ne sont pas des contre-indications, mais des indications formelles. Il en est de même des hémoptysies profuses.

Le pneumothorax intervient donc dans les circonstances où l'on n'a point de temps à perdre, où il faut enrayer d'urgence une évolution rapide et où toute mesure impliquant une longue patience apparaît comme un conseil d'une ironie un peu sinistre.

Or, la gestation coïncidant avec la tuberculose pulmonaire est, par excellence, une de ces circonstances.

CHAPITRE II

Tuberculose et Grossesse

1° Influence de la grossesse sur la tuberculose.

2° Recherches de Nobécourt, Paraf, Devraigne, Bar, sur la diminution de la cuti-réactivité à la tuberculine dans l'état gravide et puerpéral.

3° Allergie tuberculeuse transformée en anergie.

Les recherches déjà anciennes de Stern (1), de Bar et Devraigne (2) sur les femmes arrivées au neuvième mois de la gestation et sur les accouchées, celles, plus récentes, de Nobécourt et Paraf (3) du sixième au neuvième mois et après l'accouchement, ont montré que l'état gravide et l'état puerpéral déterminent assez souvent (15 p. 100 des

(1) Stern. — Tubeskulin Kutaureaktion und Schwangerchaft (Zeitschr. f. Gyn. u. Geburtsk, 1905, t. III. p. 74).

(2) Bar et Devraigne. — Sensibilité des femmes enceintes à la tuberculine (*Revue men. d'Obst. et de Gynéc.* 1905, avril, p. 245).

(3) P. Nobécourt et J. Paraf. — L'influence de la grossesse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire et pleurale (*Presse Méd.* 1920, nº 14-18 février).

cas de Nobécourt et Paraf) une suppression ou une diminution notable de la cuti-réactivité à la tuberculine.

L'allergie tuberculeuse est transformée temporairement en anergie, et, à la faveur de ce phénomène qui traduit toujours un fléchissement de l'immunité spécifique acquise à l'égard de la tuberculose, il est concevable que la réinfection endogène se produise.

Il faut donc, aux autres facteurs d'anergie tuberculeuse déjà connus, la rougeole et la grippe épidémique en particulier, ajouter celui-ci : la gravidité et l'état puerpéral.

Des recherches très intéressantes, poursuivies depuis plusieurs années par M. E. Coulaud, il résulterait même que ce ne sont pas là les seuls moments de la fonction génitale de la femme où la cuti-réactivité à la tuberculine soit diminuée (4).

A la période prémenstruelle et pendant les deux premiers jours des règles, après ovariotomie unilatérale et surtout bilatérale, au moment de la ménopause, il a trouvé, chez une proportion importante de femmes, la cuti-réactivité tuberculinique supprimée ou affaiblie.

Or, l'action aggravante de la période cataméniale chez les jeunes filles et les femmes tuberculeuses est un fait connu depuis longtemps et d'observation quotidienne.

D'autre part, on voit assez souvent des tuberculoses tardives se déclencher à l'époque de la ménopause.

---

(4) E Coulaud. — Le corps thyroïde des tuberculeuses (*Soc. Méd. des Hôp* IIIe série, t. XLIV, 1920, p. 1551).

E. Coulaud. — La tuberculose dans une région à goîtres épidémiques (*Soc. Méd des Hôpit.* IIIe série, t. XLIV, 1921, p. 5).

E Coulaud. — La cuti-réaction à la tuberculine pendant les règles et après l'avariotomie (*Ibid.* p. 153).

Entre tous ces moments, M. Coulaud croit apercevoir un lien commun, la suractivité thyroïdienne qui accompagne la menstruation, la gravidité, l'accouchement et la puerpéralité, comme la ménopause elle-même, et que l'on observe expérimentalement après la castration ovarienne.

Or, cette suractivité thyroïdienne paraît être une cause de moindre résistance à la tuberculose.

Ces vues sont assez suggestives et reposent sur un assez grand nombre de faits bien observés pour mériter d'être prises en considération.

CHAPITRE III

Observations

Tuberculose pulmonaire traitée par le pneumothorax artificiel avant la grossesse.

Observations prises à Rennes durant les quatre dernières années et dues à l'obligeance de M. le docteur Pellé.

OBSERVATION N° 1

Mme M..., trente-deux ans, examinée en mars 1922, est atteinte d'une tuberculose s'étendant sur la totalité du poumon gauche, excavée dans le lobe supérieur. Elle refuse un pneumothorax à cette époque, se soumet à un régime de repos à l'air, de mars 1922 à octobre 1922, qui améliore son état général.

Le 1er février 1923, nous sommes appelé d'urgence à son domicile et constatons une hémoptysie très abondante (1.500 cc. de sang). Elle fait une seconde hémoptysie la nuit (500 cc.) et nous pratiquons le matin la compression du poumon, qui arrête les hémorragies. Les insufflations sont continuées; elles arrêtent d'une façon complète l'évolution de la

tuberculose pulmonaire. Elle commence une grossese en octobre 1923, huit mois après le début du pneumothorax.

Aucun incident à signaler pendant tout le cours de la grossesse. Elle accouche le 3 juillet 1924 dans des conditions tout à fait normales, à terme, d'un enfant sain, robuste, bien constitué, pesant 3 kil. 050. Les suites de couches sont normales, aucun mouvement fébrile.

M. le professeur Véron, qui a surveillé la grossesse et l'accouchement, nous déclare que cette femme n'est pas plus fatiguée que toute autre gestante n'ayant aucun antécédent pathologique.

Depuis les insufflations sont renouvelées tous les deux mois environ, la bonne santé de la mère se maintient et se consolide. L'enfant, mis en nourrice, se développe normalement.

Observation n° 2

Mme Mar..., vingt-deux ans, que nous voyons la première fois le 31 octobre 1923, est atteinte d'une tuberculose pulmonaire excavée du lobe supérieur droit, avec nombreux bacilles de Koch.

Le début clinique semble remonter à avril 1923.

Nous pratiquons un pneumothorax que nous entretenons jusqu'en juin 1924. La malade reste un mois et demi sans insufflations; son hémithorax droit est rétracté et plusieurs essais de réinsufflations n'arrivent pas à vaincre la symphyse pleurale.

D'ailleurs l'état général est bon et l'évolution de la tuberculose pulmonaire semble arrêtée.

Elle a commencé une grossesse en mars 1924, cinq mois après le début du traitement, qui évolue normalement, sans incident notable, pour aboutir à terme le 28 novembre 1924.

Le médecin accoucheur pratique un forceps pour éviter une

expulsion trop lente. L'enfant est bien constitué et pèse 3 kil. 020; il se développe normalement.

La guérison de la mère se maintient; elle a repris son travail de comptable.

Observation n° 3

Mme V..., vingt-six ans, est atteinte d'une tuberculose pulmonaire avec cavernes, occupant la moitié supérieure du poumon droit, dont le début évolutif remonte à décembre 1921; elle est activée après une première grossesse; un pneumothorax est pratiqué le 20 décembre 1922 et régulièrement entretenu jusqu'en mai 1923, date à laquelle se fait dans la cavité de son pneumothorax un épanchement puriforme contenant des bacilles de Koch en abondance. Après plusieurs évacuations suivies d'une injection d'huile goménolée, la cavité s'assèche et l'état général s'améliore.

Elle devient enceinte au début de novembre 1923, mais une fausse-couche survient en mars 1924. Cet accident est d'ailleurs parfaitement supporté et ne provoque aucune aggravation de lésions pulmonaires ni pleurales.

Observation n° 4

Mme B..., trente-neuf ans, vient nous consulter le 28 juillet 1922 pour une tuberculose pulmonaire, avec spélonque, occupant le lobe supérieur gauche avec expectoration de bacilles de Koch. Cette maladie semble remonter à une affection diagnostiquée « grippe » survenue en avril 1922.

Le traitement compressif est commencé le 3 août 1922 et continué régulièrement. Il améliore rapidement les symptômes généraux et locaux.

Elle est surprise de ne plus voir ses règles en mars 1924 et pense à la ménopause, mais elle doit convenir qu'il s'agit d'une grossesse, qu'elle redoute d'ailleurs.

Cependant elle aboutit à un accouchement spontané, normal, le 26 décembre 1924. L'enfant est sain et pèse 3 kilogr. et se développe dans de bonnes conditions. La mère ne nourrit pas, mais elle prend soin elle-même de son enfant.

Nous l'avons revue en février 1925 pour une réinsufflation et nous avons pu constater le maintien de la guérison des lésions pulmonaires.

Observation n° 5

Mme G..., vingt-huit ans. Atteinte de tuberculose pulmonaire du lobe supérieur droit évacué dans la région sus-scissurale, dont le début semble remonter à 1924, quelques mois après un premier accouchement. Le pneumothorax est pratiqué le 2 janvier 1925. Le poumon est collabé d'une façon complète. Le pneumothorax est entretenu régulièrement sans incident, sauf un épanchement évacué une première fois en novembre 1925 et en février 1926.

Une grossesse survient en juin 1925. La grossesse se poursuit sans incident.

Le 1er mars 1926 elle entre dans le service de M. le professeur Hardouin. Le 5 mars elle entre en travail, qui se fait lentement. En l'absence de fortes douleurs et pour éviter les poussées on fait une application de forceps facile et sans anesthésie.

L'enfant vivant et bien constitué pèse 4 kilogr. Les suites de couches sont normales.

Discussion des Observations

Dans quatre cas le pneumothorax thérapeutique a permis une évolution régulière et normale de la grossesse chez des femmes dont le début du traitement remontait à vingt, huit et trois mois.

Dans une observation, la grossesse s'est terminée par une fausse-couche au bout de cinq mois.

Dans aucun cas nous n'avons enregistré d'aggravation de la tuberculose pulmonaire, ni au cours de la grossesse, ni après l'accouchement. Les délais écoulés depuis l'accouchement sont de douze mois, huit mois, quatre mois et trois mois.

La bonne santé se maintient et se consolide dans ces quatre cas.

Le pneumothorax n'a, dans aucun cas, été un obstacle au travail, ni à l'accouchement proprement dit, qui s'est fait comme chez une femme normale.

Enfin l'enfant a toujours été sain, robuste et bien constitué.

CHAPITRE IV

Tuberculose pulmonaire traitée par le Pneumothorax artificiel pendant la Grossesse

1° Observation de Rist le 11 juillet 1914.
2° Observation de Réal en 1914.
3° Observation de Voornveld en 1917.
4° Observation de Slater en 1918.

Observation n° 6

Le 17 juillet 1914, Rist publiait, avec son assistant M. Léon Kindberg, l'observation suivante (1) :

Mme C..., vingt-neuf ans, est entrée à Laënnec le 12 mars 1914, enceinte de cinq mois.

Au début de sa grossesse, en novembre 1913, elle a commencé à tousser et à cracher. Plusieurs fois antérieurement

(1) E. Rist et Léon Kindberg. — Quatre cas de phtisie pulmonaire traités par le pneumothorax artificiel (*Bull. et Mém. de la Soc Méd des Hôp.*, 3e série, 30e année, n° 26 p. 146-150. 1914).

elle avait eu des hémoptysies pour lesquelles elle avait fait divers séjours dans le Midi et à la campagne.

Mais la grossesse paraît avoir donné un coup de fouet à une tuberculose pulmonaire jusque-là torpide. Son état général commençait à s'altérer, la température à devenir subfébrile. Elle crachait abondamment de gros crachats nummulaires, striés de sang.

L'examen stéthacoustique et radiologique nous a fait constater la présence de cavités multiples dans le lobe supérieur droit.

Le poumon gauche était sain.

Dans ces conditions, nous nous sommes crus autorisés à pratiquer le pneumothorax artificiel le 26 mars.

Très rapidement nous avons obtenu un décollement presque complet du poumon. L'expectoration était saine au bout d'un mois, et la malade a pu quitter l'hôpital le 25 avril, revenant tous les dix ou douze jours pour se faire réinsuffler.

La grossesse évoluait normalement lorsque, le 13 juin, à sept mois et demi, elle rompit sa poche des eaux.

Nous la fîmes conduire aussitôt dans le service du professeur Bar, qui l'accueillit. Elle accoucha la nuit suivante; la dilatation fut lente, le travail pénible; il fallut faire une application de forceps.

L'enfant, vivant au début, mourut pendant l'extraction; il avait un circulaire du cordon.

A aucun moment l'existence du pneumothorax total du côté droit ne gêna l'accouchement. Les suites de couches furent normales, sans élévation de température.

Observation n° 7

En 1914, Réal, un élève de Lucien Spengler (de Davos), publie l'histoire d'une tuberculeuse unilatérale cavitaire droite

primipare enceinte de huit mois, à laquelle on fait un pneumothorax artificiel, qui donne un très bon résultat immédiat.

Un diagnostic de bassin rétréci amène à faire après rupture, à terme, de la poche des eaux, une césarienne suivie d'hystérectomie, sous chloroforme.

L'enfant vivant pèse 2.700 grammes.

Les suites paraissent avoir été bonnes pour la mère. L'observation ne va pas plus loin.

Elle démontre au moins ceci : c'est qu'un pneumothorax n'empêche pas une grossesse d'arriver à terme et qu'il est compatible avec une opération aussi sérieuse qu'une césarienne suivie d'hystérectomie.

Observation n° 8

En 1917, Woornveld (de Davos) rapporte (1) le cas d'une tuberculeuse unilatérale ulcéreuse, fébrile gauche, avec grossesse de six mois, chez laquelle le pneumothorax artificiel produisit un arrêt de l'évolution tuberculeuse et permit d'atteindre l'accouchement à terme d'un enfant vivant, sans dommage, semble-t-il, pour la mère.

L'auteur cite aussi un cas de Forlanini : gravidité commençant au dix-huitième mois d'un traitement par le pneumothorax artificiel et conduite à terme; acouchement normal d'un enfant vivant; allaitement par la mère.

---

(1) Voornveld. — Therapeutischer Pneumothorax in der Behandlung der Lungentuberkulose bei Schwangeren. (Corr. Bl. f. Schweiz-Aerzte 1917, t. XLVII p. 689.

OBSERVATION N° 9

En 1918, Slater (2) publie l'histoire d'une tuberculeuse ayant eu une hémoptysie initiale en 1908, entrée au Sanatorium en 1913 avec une infiltration de la presque totalité du poumon droit, une expectoration bacillifère profuse, de la fièvre, et perdant du terrain jusqu'en mars 1914, époque à laquelle des hémoptysies abondantes font décider d'entreprendre le traitement compressif.

Le pneumothorax artificiel arrête rapidement l'évolution de cette tuberculose et la malade quitte le Sanatorium en août 1915, apyrétique, ne toussant ni n'expectorant et ayant gagné 10 kilogrammes.

Elle reprend son travail de ménagère. Au bout d'un an, elle devient enceinte, mais avorte spontanément au troisième mois (elle avait déjà eu deux avortements avant d'être malade).

Elle redevient enceinte au début de 1917 et les insufflations étant toujours poursuivies, elle accouche normalement le 22 octobre 1917, d'un enfant sain pesant sept livres et demie.

Elle était en juin 1918 (moment de la rédaction du mémoire de Slater) parfaitement bien portante. Le pneumothorax était encore entretenu. L'enfant, séparé de la mère dès la naissance, était également bien portant.

Discussion des Observations

Dans la première observation l'enfant succombe à un circulaire du cordon; mais l'accouchement évolua sans heurt pour la mère qui fait des suites de couches normales.

---

(2) S. A. SLATER — Artificial Pneumothorax and Pregnancy (*The American Review of Tuberculosis*, vol. II, p. 497, 1918).

Dans la seconde observation l'existence d'un pneumothorax artificiel n'empêche pas la grossesse d'arriver à terme et permet sans accident une intervention aussi sérieuse qu'une césarienne suivie d'hystérectomie.

Dans les troisième et quatrième observations, la grossesse évolue normalement jusqu'à la venue d'enfants vivants, bien portants et allaités par leurs mères.

CHAPITRE V

Tuberculose pulmonaire traitée par le Pneumothorax artificiel après l'Accouchement

Observations empruntées à E. Rist.

Observation n° 10

Mme S..., dix-sept ans. Primipare. Bien portante jusqu'à son accouchement, qui se produisit à terme le 18 juillet 1920. Un mois après, elle perd ses forces, commence à tousser et à cracher. Elle est adressée le 17 décembre au Dispensaire Léon Bourgeois. On constate une condensation des trois-quarts supérieurs du poumon droit avec plusieurs cavités. Nombreux bacilles dans l'expectoration.

Le poumon gauche paraissant indemne, un pneumothorax artificiel droit est institué.

L'évolution de la maladie paraît actuellement arrêtée.

Observation n° 11

Mlle M..., vingt ans. Primipare. Bien portante, elle accouche le 1er août 1920, allaite son enfant pendant quinze jours, puis le place en nourrice. Le 28 novembre, à 4 heures du soir, elle est prise brusquement d'un frisson; elle fait pendant huit jours de la fièvre aux environs de 40°. En même temps elle tousse et expectore. On lui trouve une condensation du sommet droit et des bacilles dans son expectoration. M. Rist, à qui elle est adressée le 8 janvier 1921, constate une condensation de tout le lobe supérieur droit avec cavité centrale.

On pratique un pneumothorax artificiel qui paraît avoir arrêté l'évolution.

Observation n° 12

Mlle C..., vingt-sept ans. Multipare. Quatre enfants et deux fausses-couches. Gravide pour la sixième fois, elle accouche en avril 1920 et allaite son enfant.

En septembre, brusquement, elle a un point de côté gauche, de la dyspnée, de la toux, une température qui se tient pendant huit jours aux environs de 39°5. Elle a une expectoration purulente.

Elle éprouve ensuite une amélioration relative qui lui permet de se lever et de vaquer à son ménage, tout en perdant l'appétit et en maigrissant.

Elle va consulter, au début de décembre, le docteur Kuss, qui lui trouve une condensation de tout le poumon gauche avec cavité centrale et expectoration purulente.

Un pneumothorax est pratiqué et paraît produire une action favorable.

Discussion des Observations

Les trois observations que nous venons de donner nous démontrent que le pneumothorax artificiel est un moyen très efficace pour lutter contre la tuberculose débutant après un accouchement.

Le résultat immédiat a toujours été très favorable pour la vie de la mère.

Ces observations montreraient l'importance sociale réelle du pneumothorax qui arrêterait l'évolution fatale de la tuberculose pulmonaire après l'accouchement.

Conclusions

De l'étude des douze cas de tuberculose et grossesse que nous avons pu analyser, il nous paraît légitime d'en déduire les conclusions suivantes :

1° La gravidité survenant chez des femmes traitées par le pneumothorax, sur cinq cas étudiés, n'a aggravé la tuberculose à aucun moment de la gestation ni du post-partum.

2° Le pneumothorax établi pendant une grossesse, sur quatre cas étudiés, a produit l'arrêt de l'évolution tuberculeuse et a permis une évolution normale de la grossesse.

3° L'accouchement a toujours été normal et ne semble pas avoir été plus difficile que chez une gestante sans antécédent pathologique.

4° L'enfant obtenu a toujours été sain, robuste et bien constitué.

5° Les femmes traitées par le pneumothorax avant la grossesse et qui ont fait l'objet de nos observations, ont été revues avec leurs enfants au début du mois de mars 1926.

Toutes ces femmes avec leurs enfants continuent à se bien porter :

1er cas. — Vingt mois après l'accouchement;
2e cas. — Seize mois après l'accouchement;
3e cas. — Vingt-quatre mois après l'accouchement.
4e cas. — Quinze mois après l'accouchement;
5e cas. — Dix jours après l'accouchement.

6° Ces cas étudiés semblent faire l'épreuve du temps, épreuve très importante en matière de tuberculose pulmonaire.

7° Ces résultats mettent en évidence le rôle social et économique important du pneumothorax qui, suivant la formule du professeur Léon Bernard, restaurerait l'aptitude à la maternité.

Vu, le Doyen, *Vu le Président,*

ROGER. LÉON BERNARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris.

LAPIE.

Bibliographie

Rist. — *Revue de la Tuberculose*, troisième série, t. II, n° 4, 1921.

Potain. — Des injections intra-pleurales d'air stérilisé dans le traitement des épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax. — *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 24 avril 1888.

Rist et Léon Kindberg. — Quatre cas de phtisie pulmonaire traités par le pneumothorax artificiel. — *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 3e s., 30e année, n° 20, pp. 146-150, 1914.

Voornveld. — Therapeutischer Pneumothorax in der Behandlung der Lungentuberkulose bei Schwangeren. — *Corr. Bl. f. Schweiz-Aerzte*, 1917, t. XLVII, p. 689.

S.-A. Slater. — Artificial Pneumothorax and Pregnancy. — *The American Review of Tuberculosis*, vol. II, p. 497, 1918.

Léon Bernard. — *Bull. Acad. méd.*, 19 déc. 1922. Tuberculose et grossesse.

Raminer. — Ueber der Einfluss von Schwangerschaft auf den phthisischen. Prozess und den therapeutischen Wert der Einleitung von Künstlichen Aborten. — *Deutsche med. Woch.*, 1901.

P. Bar. — Tuberculose et grossesse. — VIIe Congrès de tuberculose, 1912, p. 100.

Stern. — Tuberkulin Kutaureaktion und Schwangerchaft. — *Zeitschr. f. Gyn. u. Geburtsk*, 1905, t. III, p. 74.

BAR et DEVRAIGNE. — Sensibilité des femmes enceintes à la tuberculine. — *Revue mens. d'obst. et de gynéc.*, 1905, avril, p. 245.

R. NOBÉCOURT et J. PARAF. — L'influence de la grossesse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire et pleurale. — *Presse médicale*, 1920, n° 14, 18 février.

E. COULAUD. — Le corps thyroïde des tuberculeuses. — Société méd. des hôp., III[e] série, t. XLIV, 1920, p. 1551.

— La tuberculose dans une région à goîtres endémique. — Soc. méd. des hôp., III[e] série, t. XLIV, 1921, p. 5.

— La cuti-réaction à la tuberculine pendant les règles et après l'ovariotomie. — *Ibid.*, p. 155.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette

THÈSE

POUR LE DOCTORAT

EN MÉDECINE

DU MÊME AUTEUR

Les sels de bismuth dans le traitement de la syphilis. La stomatite bismuthique (en collaboration avec R. Giroux), *Gazette des Hôpitaux,* 5 août 1922.

Un cas d'empoisonnement par le véronal (en collaboration avec S. Bloch), *Paris-Médical,* 23 septembre 1922, p. 276.

Pharmacologie des tonicardiaques, Journal de Médecine de Paris, 17 mars et 23 juin 1923.

A propos des ictères dissociés. La valeur de la réaction de Hay et la question des cholaluries pures (en collaboration avec Marcel Labbé et Edmond Doumer), *Annales de Médecine,* T. XV, N° 6, juin 1924.

Influence sur le cœur de la carence en facteur A (en collaboration avec P. Baude), *C. R. Société de Biologie,* 22 novembre 1924.

Action de l'ouabaïne sur la conductibilité intracardiaque (en collaboration avec Ch. Laubry), *C. R. Société de Biologie,* 6 décembre 1924.

Electromyogrammes et fatigue musculaire (en collaboration avec Ch. Laubry et J. Walser), *C. R. Société de Biologie,* 5 février 1926.

Complexes ventriculaires électriques et insuffisance cardiaque (en collaboration avec Ch. Laubry et J. Walser), *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 18 mars 1926.

Les modifications du complexe ventriculaire électrique dans l'insuffisance cardiaque (en collaboration avec Ch. Laubry et J. Walser), *Journal Médical Français,* avril 1926.

Sur l'action physiologique de certains poisons cardiaques (en collaboration avec J. Walser), *Annales de Médecine,* septembre 1926.